基于 ICCC 框架的山东省农村高血压健康管理模式的质性研究

张硕[1,2]，付英杰[1,2]，常乐乐[1,2]，孙晓杰[1,2*]

基金项目：山东省自然科学基金资助项目“社会资本对农村居家老年高血压患者生命质量的影响路径研究”（项目编号：ZR2019MG013）；山东大学青年交叉科学创新群体-文旅康养产业交叉融合创新研究团队（项目编号：2020QNQT019）

1. 250012 山东省济南市，山东大学齐鲁医学院公共卫生学院　卫生管理与政策研究中心
2. 250012 山东省济南市，国家卫生健康委员会卫生经济与政策研究重点实验室（山东大学）
*通信作者：孙晓杰，教授，博士生导师；E-mail: xiaojiesun@sdu.edu.cn

【摘要】　背景　我国农村地区高血压患病形势十分严峻，农村高血压防控与管理工作尤为重要。**目的**　基于 WHO 提出的慢性病创新照护框架（Innovative Care for Chronic Conditions Framework，ICCC），总结山东省农村高血压健康管理模式的特点与不足，并提出针对性建议。**方法**　采用分层抽样法，选取山东省菏泽 A 县、济南 B 区和威海 C 市的 9 个乡镇及其中的 36 个村，采用半结构式访谈法对各级高血压管理人员、医务人员及高血压患者共计 84 人进行面对面访谈。采用 NVivo 12 软件围绕 ICCC 框架的宏观、中观、微观三个层面的要素对访谈文本进行编码和分析。**结果**　在宏观层面，山东省农村高血压管理总体处于积极的政策环境中，贯彻和落实国家慢性病相关政策，并对慢性病管理进行宣传，但是政策体系框架尚不完善、卫生系统内部的融合程度不佳、高血压管理专业人才紧缺、经费支持不到位等问题突出；在中观层面，各级医疗机构努力推进医疗服务的连续性，但是在组织和配备家庭医生团队、推广和使用信息系统等方面还有待于进一步加强；在微观层面，患者、家庭及家庭医生团队的配合度和积极性还有待于提高。**结论**　大力发挥政府的领导和监督作用，制定并整合相关政策，推动各部门融合；加大经费支持，补齐农村地区卫生人力资源相对匮乏和信息化建设较弱的短板，促进高质量的医疗服务；重视患者及家庭、卫生服务团队和社区伙伴三方互动，促进患者进行自我管理。

【关键词】　慢性病创新照护框架；农村；高血压健康管理；质性研究
【中图分类号】　R197

Qualitative Research of RuralHypertension Health Management Model Based on ICCC in Shandong Province

ZHANG Shuo[1,2], FU Yingjie[1,2], CHANG Lele[1,2], SUN Xiaojie[1,2]*
1. Centre for Health Management and Policy Research, School of Public Health, Cheeloo College of Medicine, Shandong University, Jinan Shandong 250012, China
2. NHC Key Lab of Health Economics and Policy Research (Shandong University), Jinan Shandong 250012, China
**Corresponding author：SUN Xiaojie, Professor;E-mail:xiaojiesun@sdu.edu.cn*

【Abstract】　Background　The prevalence of hypertension in rural areas in China is very serious, and the prevention and control of hypertension in rural areas is particularly important. **Objective**　Based on Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC) proposed by WHO, we summarized the characteristics and shortcomings of the rural hypertension health management model in Shandong Province and put forward targeted recommendations. **Methods**　A total of　9 towns and 36 villages were selected form *A* county of Heze, *B* district of Jinan and *C* city of Weihai in Shandong Province bystratified sampling method. And semi-structured interview method was used to conduct face-to-face interviews with 84 respondents, including hypertension managers, medical staff at all levels and hypertension patients. NVivo 12 software was used to encode and analyse the interview texts around the macro, meso and micro elements of the ICCC. **Results**　At the macro level, the management of rural hypertension in Shandong Province was generally in a positive policy environment, such as implementing national policies of chronic diseases and publicizing chronic disease management, but the policy system framework was not complete, the integration within the health system was poor, the shortage of hypertension management professionals and the lack of financial support were prominent; At the meso level, medical institutions at all levels strived to promote the continuity of medical services, but the organization and deployment of family doctor team and the use of information systems still needed to be further strengthened; At the micro level, the cooperation and enthusiasm of patients, families and family doctor team needed to be improved. **Conclusion**　Give full play to the leadership and supervision role of the government,formulate and integrate relevant policies, promote the integration of various departments; increase financial support, and make up for the relatively lack of health human resources

and weak information construction in rural areas to promote high-quality medical services; attach importance to the tripartite interaction between patients and families, health service team and community partners to promote patients' self-management.

【Key words】 Innovative Care for Chronic Conditions Framework;Rural; Hypertension health management; Qualitative research

引言

高血压是最常见的慢性病之一，是心血管疾病的重要危险因素[1]。我国高血压患病人数已近 3 亿，患病率为 27.5%[2-3]，且呈上升趋势。近年来随着人口老龄化程度不断加深，目前已超过半数的老年人患有高血压，80 岁以上老年人高血压的患病率达到 90%，此外，高血压直接经济负担更是占到卫生总费用的 6.61%[4]。相比于城市地区，农村地区高血压患者的总体收入、家庭经济条件、受教育程度、健康素养以及所能利用的医疗资源均处于较低水平[5]。最近的一项全国调查结果显示[4]，农村地区高血压患病率（粗率 28.8%）高于城市地区（粗率 26.9%），而农村地区高血压的知晓率、治疗率和控制率却远低于城市地区，农村地区高血压防控与管理工作尤为重要[6]。高血压病给居民和社会带来了沉重的疾病负担，已成为社会重大公共卫生问题[7]，加强以政府为主导的高血压健康管理工作刻不容缓[8]。然而，目前少有学者通过质性研究的方式，深入探究农村地区的高血压健康管理模式的特点与不足。因此，了解农村地区高血压健康管理的现状，探索农村高血压健康管理模式，对提高农村高血压健康管理工作的效率具有重要意义。

世界卫生组织（WHO）于 2002 年提出一个针对慢性病管理防治的相关模型，即慢性病创新照护框架（Innovative Care for Chronic Conditions Framework，ICCC）[9]。实践证明，ICCC 框架更适用于分析中低收入国家慢性病防治管理模式，能够为中低收入国家解决慢性病管理工作中存在的卫生服务碎片化、基础设施缺乏以及资源利用率低等问题提供参考[10]。因此，本研究引入 ICCC 框架分析山东省农村高血压健康管理模式，总结农村高血压防治与管理的特点和不足，为完善农村高血压健康管理提出针对性建议。

1 对象与方法

1.1 理论基础

ICCC 框架分为构建积极的政策环境（宏观层面）、协调的医疗卫生机构和社区组织（中观层面）以及有准备、知情和积极的三方（微观层面）。其中，宏观层面包括领导与宣传、加强各部门伙伴关系、整合政策、经费支持、人员配置与发展以及立法支持 6 个要素；中观层面包括医疗卫生机构和社区组织。其中，医疗卫生机构能够促进连续和协调的服务、通过领导和激励优化服务、组织和配备卫生服务团队、使用信息系统、支持患者自我管理和预防。社区能够采取措施提高居民的认识、通过领导和支持改善结果、组织和协调社区资源、提供补充服务；微观层面包括有准备、知情和积极的患者及家庭、卫生服务团队和社区伙伴。宏观、中观、微观三个层面相互配合、相互作用、不可分割，只有三个层面有机结合起来，才能最大限度地发挥每个部分的作用，取得最佳的慢性病防控管理效果。（见图 1）

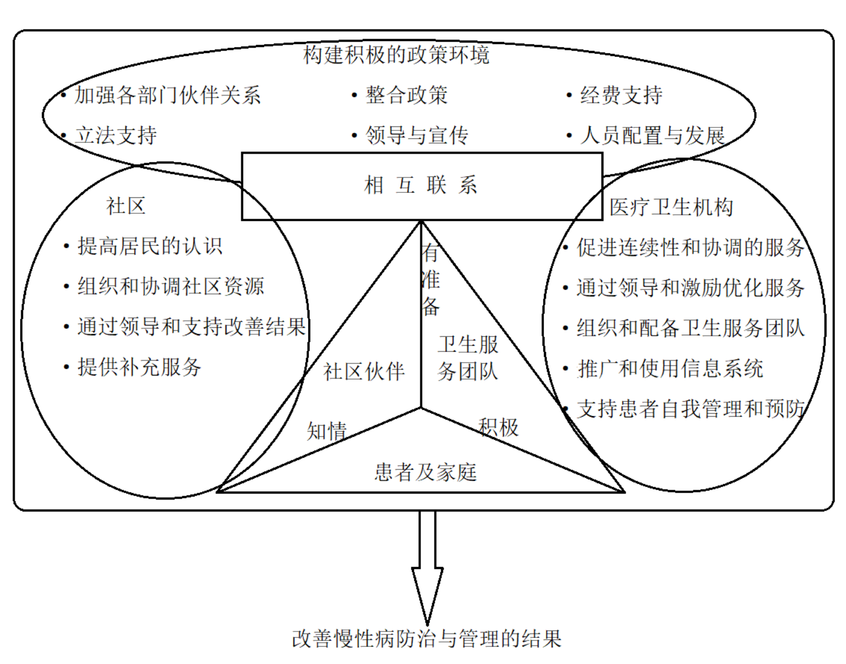


图 1 慢性病创新照护框架

Figure 1 Innovative Care for Chronic Conditions Framework

1.2 研究对象

在前期文献研究的基础上，根据社会经济发展水平和地理分布，采用分层抽样法，选取山东省西部的菏泽 A 县、中部济南 B 区和东部威海 C 市的 9 个乡镇及其中的 36 个村，每个县选择 1 个县疾控中心、3 个乡镇卫生院以及 12 个村卫生室作为样本地点，最终共选择 3 个县疾控中心、9 个乡镇卫生院、36 个村卫生室作为现场调查点。调研于 2021 年 6 月-7 月期间完成。

本研究在访谈过程中采用半结构式访谈法。具体访谈对象包括高血压管理人员、医务人员以及高血压患者三个主体。其中，高血压管理人员包括县疾控中心和乡镇卫生院的慢病科科长，医务人员包括乡镇卫生院和村卫生室从事慢性病防治相关的医生，高血压患者包括血压控制理想和不理想的患者（各占 50%）。

1.3 研究方法

1.3.1 访谈

根据“样本量取决于信息饱和度”，本研究根据实际的信息饱和情况，在访谈过程中及时对样本量作出了调整，最终共访谈 12 名高血压管理人员、36 名医务人员和 36 名高血压患者，共计 84 人。正式访谈前，研究者分别对 6 名（每个主体 2 名）对象进行预访谈，后经课题组成员讨论及反复修订，形成最终的访谈提纲。

高血压管理人员访谈提纲的主要内容包括 5 部分：（1）高血压健康管理相关的促进措施开展情况；（2）部门伙伴关系；（3）相关政策与立法情况；（4）经费情况；（5）人员配置情况等。医务人员访谈提纲的主要内容包括 3 部分：（1）医疗服务提供情况；（2）卫生服务团队配备情况；（3）信息系统使用情况等。高血压患者访谈提纲的主要内容包括 5 部分：（1）健康知识；（2）健康行为；（3）家庭支持；（4）家庭医生服务情况；（5）患者服药依从性等。访谈员由山东大学卫生管理与政策研究中心的 6 名教师、硕士生和博士生担任，记录员由另外 2 名硕士生担任，其均具有大量的访谈经验，善于与访谈对象沟通，且均接受过系统全面的质性研究方法的培训。访谈时间介于 60～90 分钟，为便于后期整理，在获得访谈对象知情同意的情况下，对访谈内容进行全程录音，并记录访谈过程中访谈对象的表情、动作、重点陈述内容等。每次访谈结束后的 24 小时之内，由 2 名记录员同时对访谈录音进行独立整理和分析，如遇分歧，则讨论解决。文本转录完成后，均返还访谈对象本人审查确认，以确保资料分析结果的真实性和可靠性。

1.3.2 编码

本研究采用澳大利亚 QSR 国际公司开发的 Nvivo 12 软件对访谈文本资料进行编码分析。考虑到访谈文本的复杂性，本研究根据 Miles 和 Huberman[11]提出的“综合法”，预先提出一个说明，综合运用演绎法与归纳法，在系统内进行编码和分析。编码过程为：首先，根据三个不同的访谈主体，对访谈文档进行拆分和归类；其次，根据实际访谈内容和 ICCC 框架的宏观、中观、微观三个层面归纳为 13 个一级节点；最后，将一级节点的具体内容作为参考点，反复阅读文本、逐句分析，并采用“归纳法”将语义相同或相近的语句即参考点进行归纳形成二级编码，即开放式编码，参考点数目越多反映被访谈对象陈述次数越多、该内容受关注度越高。考虑到质性研究受研究者和观察对象的主观影响较大，为了保证分析结果的准确性，由课题组两名研究人员分别借助 Nvivo 12 对文本资料进行编码，并进行一致性分析；如有差异，则由编码小组讨论解决。经过访谈文本资料编码分析，最终共归纳得到 13 个一级节点，52 个二级节点；总编码次数为 1304 次，即参考点总数为 1304 个。

1.3.3 研究伦理

本研究得到山东大学卫生管理与政策研究中心医学伦理委员会的批准（批准编号：ECCHMPSDU20210404）。在正式开始访谈前，访谈员向访谈对象进行自我介绍，并详细介绍本次访谈的背景、目的以及本次访谈讨论的主要问题，获取访谈对象的好感和信任，所有访谈对象均签署知情同意书。

2 结果

2.1 宏观层面：山东省农村高血压健康管理的政策环境

2.1.1 正面且积极的宣传

宣传和健康宣教等活动，能够有效提高公众的慢病防控意识。由定性访谈得知，各调研地区均在政府的领导下采取多项措施对高血压健康知识进行宣传。其中，20.51%的地区会定期开展高血压健康讲座、播放宣传视频。23.08%的地区会制作与高血压防治相关的宣传册、宣传栏等。此外，B 地一高血压管理人员还特别提到，“*我们还会定期开展减盐防控高血压宣传日活动*”；但 51.28%的高血压管理人员表示，由于农村地区老年人不认字、听不清、听不懂等，以上措施的效果并不理想，且各项宣传工作还存在力度不足、仅限于形式等问题。（见表 1）

2.1.2 加强各部门伙伴关系

政府各部门之间强有力的伙伴关系有影响慢性病的潜力。在加强部门伙伴关系方面，28.85%的地区的卫生系统与住建局、学校、市场监管局等社会各部门之间的联系较为紧密。如 B 地疾控中心与住建局共同规划“健康步道一条街”、A 地疾控中心与学校共同开展“小手拉大手”、C 地疾控中心与市场监管局共同举办“减盐防控高血压进餐厅”等活动；然而，71.16%的高血压管理人员表示，目前，卫生系统内部的联系较少，尤其在医防融合方面，缺少

顶层设计。如 C 地一高血压管理人员表示，“*没有部门对如何融合进行指导，医还是医院在做，防还是疾控在做*”。

2.1.3 政策整合与立法

ICCC 框架指出，政策能够在一定程度上保护慢性病患者的权利，对慢性病的相关政策进行整合，则能够有效减少卫生系统中的重叠。在政策方面，各地区均以国家《高血压健康管理服务规范》为指导开展高血压管理工作。其中，B、C 两地还制定了《慢性病防治规划》等地方性政策；但 59.09%的高血压管理人员表示，就目前而言，针对农村地区高血压防治与管理的相关政策和立法较少，且现有政策尚未整合。如 C 地一高血压管理人员提到，“*公卫基本经费的总盘子就这么大，其中有部分钱是必须给村医的，但有些村医年龄很大了，眼也花了，该干的活他干不了，怎么给他钱？这就相当于两个政策打架，一边强调这部分钱必须给村医，一边又没法考核村医的工作*”。

2.1.4 经费支持

ICCC 框架提到，应将筹资作为鼓励战略实施的一项重要手段。在经费支持方面，高血压等慢性病管理经费仅来源于基本公共卫生经费，来源较单一，且 47.54%的高血压管理人员表示，在经费方面存在数量不足、延迟到位、没有专款专用等问题。如 A 地一高血压管理人员提到，“*慢性病经费只来自基本公共卫生经费，几乎没有其他来源，也没有高血压的专项经费*”；C 地一高血压管理人员表示，“*经费还是比较少的，而且有的时候不能按时到账*”。值得一提的是，B、C 两地高血压管理人员均表示，虽然 2020 年爆发的新冠肺炎疫情对高血压管理工作产生了一定程度的影响，但是在经费支持方面，国家并未因疫情而减少基本公共卫生经费的发放，各地区也没有缩减高血压管理经费的比例。

2.1.5 人员配置与发展

对慢性病管理人员进行教育，可以有效推进卫生保健工作。由定性访谈得知，46.58%的高血压管理人员表示，尽管本地区会定期对高血压管理的相关人员进行指导和培训，但培训效果和考核结果较差。在人力资源配置方面，53.43%的高血压管理人员表示，本地区存在在职人员学历低、年龄大且能力弱、高水平专业人才紧缺等问题。就新冠肺炎疫情期间的人员配置而言，B 地一高血压管理人员提到，“*人手本来就不够用，疫情来了之后，又得抽出一部分人去干一些疫情防控的活*”；同时，C 地一高血压管理人员也提到，“*现在有了疫情防控这一块，慢病管理更缺人了*”。

表 1 宏观层面节点层次与访谈文本资料信息

Table 1 Interview text data information of macro level

一级节点	二级节点	参考点数*（个）	参考点所占的比例**（%）
正面且积极的宣传	开展高血压健康讲座，播放宣传视频	16	20.51
	制作高血压防治相关的宣传册、宣传栏	18	23.08
	定期开展减盐防控高血压宣传日活动(B 地)	4	5.13
	宣传措施的效果不理想	21	26.92
	宣传工作力度不足、仅限于形式	19	24.36
加强各部门伙伴关系	与住建局共同规划“健康步道一条街”(B 地)	4	7.69
	与学校共同开展“小手拉大手”(A 地)	6	11.54
	与市场监管局共同举办“减盐防控高血压进餐厅”(C 地)	5	9.62
	卫生系统内部的联系较少	18	34.62
	缺少顶层设计，医防融合程度不佳	19	36.54
政策整合与立法	以国家《高血压健康管理服务规范》为指导开展工作	12	27.27
	制定《慢性病防治规划》等地方性政策(B、C 两地)	6	13.64
	缺乏针对农村地区的政策和立法	14	31.82
	高血压相关的政策尚未有机整合	12	27.27
经费支持	高血压相关经费来源于基本公共卫生经费	17	27.87
	高血压经费来源较单一	15	24.59
	高血压经费较少，没有高血压管理专项经费	16	26.23
	经费延迟到位、没有专款专用	13	21.31
人员配置与发展	定期对高血压管理人员进行指导和培训	16	21.92
	人员培训效果和考核结果较差	18	24.66
	在职人员学历低、年龄大且能力弱	19	26.03
	高水平专业人才紧缺	20	27.40

注:*所有访谈材料中含有该节点的数量，**二级节点占一级节点的百分比。

2.2　中观层面：协调的医疗卫生机构

2.2.1　促进连续和协调的服务

各级医疗卫生机构需要考虑慢性病患者的整个病程，提供连续和协调的服务。各调研地区的医疗卫生机构除了提供最基本的诊疗服务外，平均每季度会对高血压患者开展两次随访，且落实情况较好；在转诊方面，大部分调研地区会提供双向转诊，但是 23.08%的医务人员表示存在转诊难等问题。如 A 地一医务人员提到，“*转诊还是挺难的，因为存在病源竞争，下面的医院收了病人之后，并不想向上转诊，上面的医院收了病人之后，也不想向下转诊*”。（见表 2）

借助医联体进行高血压管理，能够有效提供协调一致的医疗服务。由访谈可知，仅有 11.24%的地区在借助医联体开展高血压管理工作。如 B 地一医务人员提到，“*医联体的工作也有在推进，并不是虚谈，上级的医疗机构确实能对下面的医疗机构起到一定的帮扶作用*”；但是，大部分地区的医联体工作仍处于政策颁布阶段。如 C 地一医务人员表示，“*我们这个地方只是有了医联体这个名号，却没有做实事，国家的政策是好政策，但对于我们来说意义不大*”。同时，A 地一医务人员也表示，“*医联体没能很好的开展，因为对于一些专业知识和技术，需要上级专业人员的指导，但却没人来*”。

2.2.2　通过领导和激励优化服务

在农村地区，县级医疗机构主要起领导和监督作用。如 C 地疾控中心每季度都会通过抽查随访报告（10 份）以及询问患者等措施复核随访率；但是，66.07%的医务人员表示，目前医务人员的积极性较差，且医院缺乏相关的激励机制，上级部门的领导和监督也有待于加强。如 C 地一医务人员提到，“*目前没有什么激励措施，更没有一个激励机制，大家也都快不想干了*”。

2.2.3　组织和配备卫生服务团队

ICCC 框架认为，卫生服务团队管理慢性病需要相应的物资、医疗设备、专业知识及技能。调研地区的卫生服务团队主要指家庭医生团队，由医师、护士以及公共卫生人员组成，很少有全科医生参与。按照村庄人口进行划分，每个团队承包不同的地区。就家庭医生团队而言，A 地一医务人员表示“*家庭医生并不是虚设的，他们可以过问公共卫生项目，也会下基层开展健康讲座*”。然而，75%的医务人员表示，家庭医生仅停留在政策层面，其工作仅仅为应付上级检查，专科人员和高水平人员较少、人员的协作性差、缺乏经济激励等，导致家庭医生团队运行效率和签约率均较低，目前还达不到国外家庭医生的先进模式。

2.2.4　使用信息系统

医疗信息系统对高血压管理起到一定的支持作用，是医生对患者进行随访和管理的辅助工具。在信息系统的使用方面，仅有 29.46%的地区正在借助信息系统开展诊疗等工作。如 B 地一医务人员表示，“*信息系统为我们减轻了一点压力，登录就能看到病人的健康档案，而且我们医院也在开展远程医疗*”。然而，仍有 70.53%的地区由于人、财、物等条件的限制，尚未实现信息互联互通。如 A 地一医务人员表示，“*信息系统还不够完善，医生看不到患者的信息和病例，各医院间也看不到彼此患者的信息*”；C 地一医务人员还提到，“*村医的年龄都很大了，不会用手机和电脑，根本没办法推广信息系统*”。

2.2.5　支持患者自我管理和预防

为引导高血压患者主动进行预防和自我管理，绝大多数调研地区会为居民发放“限油壶”、“限盐勺”，并督促高血压患者定期测量血压、服用降压药。然而，50.33%的医务人员表示，由于农村老年高血压患者的受教育程度较低、慢性病预防意识弱等，以上措施效果均较差。

表 2　中观层面节点层次与访谈文本资料信息

Table 2　Interview text data information of meso level

一级节点	二级节点	参考点数*（个）	参考点所占的比例**（%）
促进连续和协调的服务	每季度对高血压患者进行随访	36	21.30
	提供双向转诊服务	37	21.89
	借助医联体进行高血压管理(B 地)	19	11.24
	存在病源竞争，转诊未能有效实施	39	23.08
	医联体工作仅停留在政策颁布阶段	38	22.49
通过领导和激励优化服务	县级医疗机构起到领导和监督作用	38	33.93
	领导和监督力度有待加强	35	31.25
	医务人员积极性较差，缺乏激励机制	39	34.82
组织和配备卫生服务团队	家庭医生去基层开展讲座(A 地)	24	25.00
	缺少经济激励，全科医生较少	37	38.54

	家庭医生签约率低，仅停留在政策层面	35	36.46
使用信息系统	可以查看居民健康档案(B 地)	18	16.07
	正在开展远程医疗(B 地)	15	13.39
	尚未完全实现信息的互联互通	39	34.82
	由于人、财、物等限制，使用信息系统较困难	40	35.71
支持患者自我管理和预防	发放“限油壶”和“限盐勺”	20	13.25
	医生督促高血压患者定期测量血压	28	18.54
	医生提醒高血压患者服用降压药	27	17.88
	农村患者受教育程度较低，干预措施效果较差	37	24.50
	患者预防意识较差，自我管理能力较弱	39	25.83

注:*所有访谈材料中含有该节点的数量，**二级节点占一级节点的百分比。

2.3 微观层面：有准备、知情和积极的三方

在 ICCC 框架中，微观层面是患者和家庭、卫生服务团队以及社区伙伴三方面的共同作用，这种三位一体的伙伴关系是慢性病照护所独有的。只有当患者和家庭、卫生服务团队以及社区伙伴有准备、知情、积极主动并共同努力时，才能取得较好的结果。（见表 3）

就高血压患者而言，调研地区的绝大多数患者对自己的患病情况知情且积极接受治疗，但仅有 5%的患者提到家中配有血压计。然而，有 46%的乡村医生表示，有些老年高血压患者年龄较大，思想、行为较难改变，自我管理能力较弱，不听医嘱、服药依从性差等现象普遍存在。如 A 地一乡村医生提到，“*有些老百姓不听我们的话，让他来量血压他不来，让他吃药他也不好好吃药*”。B 地一老年高血压患者表示，“*我觉得头疼了就是血压高了，我就吃药，不难受了我就不吃*”，还有患者甚至表示，“*我从来不量血压，我也不知道自己有高血压*”。就患者家庭而言，21.5%的患者提到，由于子女长期在外打工或配偶去世等，家人无法为其提供直接的支持和帮助，接受的家庭关怀较少；就家庭医生团队而言，48.75%的乡村医生提到，农村地区卫生人力缺乏，无法做到一对一签约管理。更有高达 51.25%的患者提到，“*不知道什么是家庭医生*”；ICCC 框架中的社区伙伴是由社区中的非专业人士自发组成的团体，能够提供补充服务。然而，调研地区几乎所有的乡村医生均表示，由于农村地区的青年一代长期在外打工居多，老年人身体机能下降、劳动力减退，无法组成团体，社区及社区伙伴尚未在农村地区发挥作用。

表 3 微观层面节点层次与访谈文本资料信息

Table 3 Interview text data information of micro level

一级节点	二级节点	参考点数*（个）	参考点所占的比例**（%）
有准备、知情和积极的患者与家庭	患者对患病情况知情	30	15.00
	患者积极接受治疗	25	12.50
	患者家中配备血压计	10	5.00
	老年高血压患者思想、行为较难改变	45	22.50
	患者自我管理能力和服药依从性均较差	47	23.50
	家庭对患者的支持较少	43	21.50
有准备、知情和积极的卫生服务团队	患者不了解家庭医生	41	51.25
	卫生人力缺乏，无法做到一对一签约管理	39	48.75
有准备、知情和积极的社区伙伴	青年在外打工，无社区伙伴和团体	39	51.32
	社区伙伴尚未在农村地区发挥作用	37	48.68

注:*所有访谈材料中含有该节点的数量，**二级节点占一级节点的百分比。

3 讨论与建议

ICCC 框架是由政策环境、医疗卫生机构和社区、患者及家庭构成的三元体系，其指导原则为“以依据为基础的决策、以人口为重点、以预防为重点、以质量为重点、一体化以及灵活性和适应性”；这与我国在《中国防治慢性病中长期规划（2017-2025 年）》中提出的“统筹协调、共建共享、预防为主、分类指导”的原则基本一致。而且，ICCC 框架的宏观、中观和微观三个层面，也与我国“政府主导、部门协作、动员社会、全民参与”的慢性病综合防治机制相契合。此外，王璐等人的研究结果也均表明[12]，ICCC 框架更适用于分析中低收入国家慢性病防治管理模式。因此，用 ICCC 框架分析我国农村高血压健康管理模式是适用的，且具有重要意义。

3.1 宏观层面

从宏观层面来看，农村高血压健康管理虽然有较为积极的政策环境，但仍存在诸多不足。由于农村老年人知识水平受限，高血压健康讲座等宣传活动的效果不佳；卫生系统内部联系较为松散，尤其医防融合程度不佳，这与袁

莎莎等人的研究结果不同[13]，可能是由于抽样的地区差异造成；政策和立法能够在一定程度上保护慢性病患者的权利，而对慢性病管理人员进行教育，则可以有效推进卫生保健工作[14]。然而，目前农村高血压管理仍存在政策体系框架尚不完善，经费来源单一、数量少以及专业人才紧缺等问题[15]，严重阻碍了农村慢性病管理工作的发展和进步。

因此，本研究建议：首先，强化上级部门的领导和监督作用，鼓励领导者和决策者了解和制定有效管理高血压等慢性病的战略与模式；其次，落实高血压防治知识的宣传，针对农村高血压患者尤其老年高血压患者的特点，采取特殊的宣传手段。如：入户发放宣传册并一对一为村民进行讲解，入户发放限盐勺和限油壶并演示使用方法等；再次，完善政策顶层设计，加强卫生系统内部和外部的伙伴关系，制定相关政策对“医防如何融合”进行指导，并对现有政策进行整合，减少卫生系统的重叠；最后，加大慢性病经费投入，并对高血压管理相关的工作人员进行专业培训，引进高质量专业人才，提升高血压管理工作的效率。

3.2 中观层面

从中观层面来看，各调研地区的医疗机构能够采取随访等措施，促进医疗服务的连续性和协调性。但是，多数地区仍存在未落实双向转诊、缺乏激励机制、缺少家庭医生团队等问题，这与徐佳琳等人的研究结果一致[10]。医联体模式下的高血压健康管理可以使各级医疗机构与医生融为一体，能够为高血压患者提供连续、高效和优质的服务；但大部分地区没有充分借助医联体开展高血压管理工作，且尚未实现信息互联互通[15]，降低了医疗服务的质量和效率。

因此，本研究建议：首先，借助医联体和信息系统建设，开展随访、转诊、远程会诊等服务，促进连续和协调的医疗服务；其次，制定科学全面的考核体系和奖惩体系，定期对医务人员进行培训和考核，促进医务人员提供优质的医疗服务；最后，借鉴国外家庭医生的先进模式，增加全科医生的数量，加强家庭医生的宣传，进一步提高家庭医生的知晓率和签约率。

3.3 微观层面

从微观层面来看，虽然大多数高血压患者及其家庭对疾病知情，但由于农村地区老年高血压患者文化程度较低、思想和行为较难改变等，患者自我管理的效果较差，而且不遵医嘱、服药依从性差等问题普遍存在。其中，患者的社会经济地位较低、缺乏高血压和疾病管理的相关知识等与其用服药依从性差密切相关[16]。同时，由于农村地区家庭医生的学历与专业水平不高、工作压力大、社会认可度低等原因[17]，直接导致家庭医生团队签约率较低。患者的自我管理能力以及家庭医生团队和社区伙伴的作用有待于进一步加强。

因此，本研究建议：首先，借助家庭医生团队、社区伙伴联合互联网对患者进行实时监督和管理，督促患者定期测量血压、按医嘱服药等，提高患者的服药依从性和积极性；其次，对高血压患者进行“一对一”高血压健康教育，强化高血压患者的自我管理能力，促进知情和积极的患者及家庭，推动高血压管理工作的高效运转。

综上所述，高血压管理在现实中面临诸多挑战，只有将宏观、中观和微观三个层面有机结合，才能最大限度地发挥高血压健康管理工作中各要素的作用。本文通过对各级高血压管理人员、医务人员以及高血压患者进行深入访谈，并借助 ICCC 框架，对农村高血压健康管理模式的现状进行分析，进一步丰富了已有的研究成果。但本研究也存在一些局限性：首先，研究对象均来自山东省，样本量相对较小，覆盖地区有限，可能无法代表全国农村地区高血压健康管理的整体情况。其次，定性研究方法无法充分揭示相关现象中的因果关系，研究结果的外推性可能受到一定限制。因此，建议今后的研究应适当扩大样本量及其覆盖地区，并将定性研究与定量研究相结合，进一步完善我国农村地区高血压健康管理模式。

4 作者贡献

张硕、孙晓杰负责文章的构思与设计；张硕负责论文的撰写和修订；张硕、付英杰、常乐乐、孙晓杰负责资料收集；张硕、付英杰负责数据整理和分析；孙晓杰负责文章的质量控制及审校，对文章整体负责。

5 利益冲突情况

本文无利益冲突。

参考文献

[1] 王春波，江世英. 我国成年居民高血压防控现状及健康管理策略[J]. 解放军预防医学杂志，2020，38（12）:35-36. DOI: 10.13704/j.cnki.jyyx.2020.12.012.

[2] 陈伟伟，高润霖，刘力生，等.《中国心血管病报告2017》概要[J]. 中国循环杂志，2018，33（01）:1-8. DOI: 10.3969/j.issn.1000-3614.2018.01.001.

[3] 顾景范.《中国居民营养与慢性病状况报告（2015）》解读[J]. 营养学报，2016，38（06）:525−529. DOI:10. 13325/j. cnki. acta. nutr. sin. 2016. 06. 004.

[4] Wang Z, Chen Z, Zhang L, et al. Status of Hypertension in China: Results From the China Hypertension Survey, 2012-2015[J]. Circulation, 2018,137(22).DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032380.

[5] 姚溪，裴晓婷，曲哲.1991—2015年中国成人高血压患病率、知晓率、治疗率、控制率的变化趋势及其影响因素研究[J].中国全科医学，2022，25（07）:803-814. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2022.00.004.

[6] 中国心血管健康与疾病报告编写组. 中国心血管健康与疾病报告2020概要[J]. 中国循环杂志，2021，36（06）:521-545.DOI: 10.3969/j.issn.1000-3614.2021.06.001.

[7] World Health Organization. Innovation care for chronic conditions:building blocks for action[R]. Geneva: World Health Organization,2002.

[8] 袁姣，武青松，雷枢，叶霖.我国中老年人群高血压流行现状及影响因素研究[J].中国全科医学，2020，23（34）:4337-4341. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.285.

[9] Roberto N, Katie C, Rafael B, et al. Integrated care for chronic conditions: The contribution of the ICCC Framework[J]. Health policy, 2012,105(1). DOI: 10.1016/j.healthpol.2011.10.006.

[10] 徐佳琳，翁开源，陈飘飘，等. 基于ICCC框架的老年人基层慢性病管理探讨[J]. 中国初级卫生保健，2020，34（10）:69-72.DOI: 10.3969/j.issn.1001-568X.2020.10.0021.

[11] MILES M B,HUBERMAN A M. Qualitative data analysis[M]. Los Angeles: SAGE Publications,Inc,1994.

[12] 王璐，马文君，张伟丽，等. 基于ICCC框架的医联体模式下高血压健康管理实践分析[J]. 中国初级卫生保健，2021，35（04）:14-18.DOI: 10.3969/j.issn.1001-568X.2021.04.0005.

[13] 袁莎莎，王芳，李陈晨，等. 基于ICCC框架的社区卫生服务机构慢性病管理研究[J]. 中国卫生政策研究，2015，8（06）:39-45. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2020.09.007.

[14] 李立清，丁海峰.我国城市老年人慢性病防控的多级阶梯结构及逻辑阐释[J].医学与社会，2022，35（06）:29-34. DOI: 10.13723/j.yxysh.2022.06.006.

[15] 高文翠. 基层高血压防治现状与健康管理对策[J]. 全科口腔医学电子杂志，2019，6（11）:18-21.DOI: 10.16269/j.cnki.cn11-9337/r.2019.11.011.

[16] 张丽琼，蔡乐. 高血压患者服药依从性及其影响因素研究现状[J]. 中华高血压杂志，2020，28（01）:25-29.DOI: 10.16439/j.cnki.1673-7245.2020.01.010.

[17] 邓诗姣，刘心怡，陈文，等.家庭医生签约服务工作现状与满意度分析[J].卫生经济研究，2022，39（02）:78-80+84. DOI: 10.14055/j.cnki.33-1056/f.2022.02.006.